

特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

該当の箇所に、を記入してください。

★太枠内の内容をご記入ください。裏面があります。

受診者	フリガナ				生年月日	年齢
	氏名				大正 昭和 平成 令和	年 月 日 歳
	住所				郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
					電話番号	(自宅) (携帯)
送付先	↓ 受診者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。					
	フリガナ				受診者との関係	
	氏名				郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	住所				電話番号	(自宅) (携帯)
<input type="checkbox"/> 病名 (※1)	①				②	
現在の受給者番号	①				②	
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 (※2)			<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者)		
<input type="checkbox"/> 今回申請する受診者と同じ世帯内 (同じ医療保険に加入) にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者 (※3)	有・無	指・小 氏名 () 受給者番号 ()				
<input type="checkbox"/> 生活保護の受給又は中国残留邦人等支援法の支援給付による自己負担上限額の変更 (※4)						
<input type="checkbox"/> 世帯員 (受診者と同じ医療保険に加入している方) の変更による自己負担上限額の変更 (※5)						
受診者・世帯員氏名	受診者との続柄	16歳未満	ご加入の医療保険等 (いずれかに○)		個人番号	
	本人	<input type="checkbox"/>	社保・共済			
		<input type="checkbox"/>	市町村国保			
		<input type="checkbox"/>	国保組合			
		<input type="checkbox"/>	後期高齢			
		<input type="checkbox"/>	生活保護			
16歳未満の方は、 <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。						

【裏面にも記載をお願いします。】

- ※1 他の指定難病の支給認定を受けようとする場合や疾病名の変更があった場合には、難病指定医が作成した当該疾病の臨床調査個人票の添付が必要。
- ※2 新たに人工呼吸器等装着の認定を受けようとする方のみ。難病指定医又は協力難病指定医作成の人工呼吸器装着の診断書等の添付が必要。
- ※3 受給者証の写しの提出が必要。
- ※4 生活保護受給証明書や支援給付証明書 (福祉事務所等が発行) の添付が必要。健康保険証をお持ちの方は、その写しの提出が必要。
- ※5 同一医療保険の世帯全員の被保険者証 (写し) や住民票、市町村民税課税証明書 (被用者保険の場合は該当者のみ) が必要。ただし、自己負担限度額が最高階層になる方については、「市町村民税課税証明書」、本人以外の住民票及び健康保険証 (写し) の提出を省略することができる。

《事務処理使用欄》

※階層区分	生・低Ⅰ・低Ⅱ・一Ⅰ・一Ⅱ・上
-------	-----------------

受 付 印

裏面

《記入事項 続き》

私は、上記のとおり、特定医療費の支給について変更申請をします。

京都府知事 様

年 月 日

申請者氏名

<臨床調査個人票の研究等の利用についての同意について>

私は指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

厚生労働大臣 様

年 月 日

申請者氏名